

351
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

C. FORIEN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Infantilisme tardif de l'Adulte

D'ORIGINE HYPOPHYSAIRE

par Ostéo-Périostite syphilitique de la Selle turcique

Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

THÈSE
POUR
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

351

ANNÉE 1920

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PAR

C. FORIEN

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'Infantilisme tardif de l'Adulte

D'ORIGINE HYPOPHYSAIRE

par Ostéo-Périostite syphilitique de la Selle turcique



Président : M. P. CARNOT, professeur

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & C^{ie}, ÉDITEURS

15, rue Racine, 15

1920

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

LE DOYEN : M. ROGER
ASSESEUR : G. POUCHET
PROFESSEURS

	MM.
Anatomie.	NICOLAS
Anatomie médico-chirurgicale	CUNEO
Physiologie.	CH. RICHET
Physique médicale	WEISS
Chimie organique et Chimie générale	DESGREZ
Bactériologie	BEZANÇON
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et Thérapeutique générales.	N...
Pathologie médicale	VAQUEZ
Pathologie chirurgicale.	GOSSET
Anatomie pathologique.	LETULLE
Histologie.	PRENANT
Opérations et appareils.	DUVAL
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET
Thérapeutique.	P. CARNOT
Hygiène	LÉON BERNARD
Médecine légale.	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MENETRIER
Pathologie expérimentale et comparée.	ROGER
Clinique médicale.	ACHARD
	WIDAL
	GILBERT
	CHAUFFARD
Hygiène et clinique de la 1 ^{re} enfance	MARFAN
Clinique des maladies des enfants.	HUTINEL
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	DUPRÉ
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	JEANSELME
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE MARIE
Clinique des maladies contagieuses	TEISSIER
Clinique chirurgicale	DELBET
	QUENU
	LEJARS
	HARTMANN
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	LEGUEU
Clinique d'accouchements	BAR
	COUVELAIRE
	N.
Clinique gynécologique.	J.-L. FAURE
Clinique chirurgicale infantile	BROCA
Clinique thérapeutique.	ALBERT ROBIN
Clinique oto-rhino-laryngologie	SEBILEAU

AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.			
ALGLAVE	GUILLAIN	LOEPER	ROUSSY
BRANCA	LABBE (H.)	MOCQUOT	ROUVIERE
CAMUS	LAIGNEL-LAVASTINE	MULON	SCHWARTZ(A.)
CASTAIGNE	LANGLOIS	NORECOURT	SICARD
CHAMPY	LECENE	OKINCZYC	TANON
CHEVASSU	LEMIERRE	OMBREDANNE	TERRIEN
DESMAREST	LENORMANT	RATHERY	TIFFENEAU
GOUGEROT	LEQUEUX	RETTERRER	VILLARET
GREGOIRE	LEREBOULLET	RIBIERRE	ZIMMERN
GUENIOT	LERI	RICHAUD	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE
DE BESANÇON

A MES MAITRES DE LA FACULTÉ
ET DES HOPITAUX DE PARIS

A M. le Docteur LEREBoullet
Professeur agrégé de la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Professeur CARNOT
Médecin des Hôpitaux
Chevalier de la Légion d'honneur

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
l'Infantilisme tardif de l'Adulte
D'ORIGINE HYPOPHYSAIRE
PAR OSTÉO-PÉRIOSTITE SYPHILITIQUE DE LA SELLE TURCQUE

AVANT-PROPOS

A notre retour de la guerre, ayant assisté à la présentation faite, à l'hôpital Laënnec par M. le professeur agrégé Lereboullet, d'un malade, ancien syphilitique, présentant d'une façon remarquable les signes de l'infantilisme tardif, et ayant pu revoir ce malade à différentes reprises, il nous a paru intéressant de consacrer notre thèse à l'étude des rapports existant entre la syphilis et l'infantilisme survenant tardivement chez l'adulte.

Que M. Lereboullet et son interne M. Mouzon nous permettent de leur adresser, ici, l'expression de notre vive reconnaissance pour les précieux conseils dont ils ont bien voulu nous guider dans notre travail.

INTRODUCTION

C'est surtout depuis une trentaine d'années que s'est approfondie l'étude de l'*infantilisme*. Parmi les définitions qui en furent données par les différents auteurs qui l'ont étudié, la suivante nous apparaît assez bien répondre à l'ensemble des faits observés : « L'infantilisme est un syndrome caractérisé par un arrêt de développement de tout l'organisme, datant de l'enfance, c'est-à-dire par la persistance chez un sujet ayant atteint ou dépassé l'âge de la puberté, des caractères morphologiques propres à l'enfance : petite taille, formes et proportions enfantines de la tête, du tronc et des membres, faiblesse du système musculaire, persistance des cartilages épiphysaires, absence de certains points secondaires d'ossification, arrêt de développement des caractères sexuels primaires (organes génitaux), absence des caractères sexuels secondaires. Cet infantilisme somatique peut s'accompagner d'infantilisme ou de puérilisme psychique » (M. Stephen Chauvet).

L'*Infantilisme réversif* isolé et décrit par M. Gandy est un état dystrophique caractérisé par une atrophie des organes génitaux et par une perte de la capacité génésique et des attributs sexuels secondaires. Ce syndrome (*Infantilisme réversif* de

Gandy, *Infantilisme régressif* de MM. Cordier et Rebattu, *Impubérisme régressif* de Stéphen Chauvet, *Infantilisme tardif de l'adulte* de Brissaud et Bauer) ne s'associe à aucune modification du squelette ni de l'intelligence, mais M. Gandy note deux ordres de symptômes fréquemment associés : d'une part de la frilosité, de la bouffissure de la face, de la sécheresse de la peau, de l'anémie avec pâleur cireuse, de l'apathie et de la torpeur intellectuelle qui représentent des manifestations myxœdémateuses, d'autre part une polyurie et une polydypsie dont il note le caractère à peu près constant mais dont il s'expliquait mal l'origine.

Une observation suivie par MM. Lereboullet et Mouzon, chez un syphilitique et accompagnée d'examen radiographique, les a amenés à admettre qu'une lésion hypophysaire constituait le *primum movens* de ce syndrome et qu'il pouvait en être de même dans beaucoup des observations rapportées par M. Gandy.

Nous rappellerons tout d'abord brièvement le tableau clinique de l'*Infantilisme tardif de l'adulte* et les diverses hypothèses qui ont été émises pour l'expliquer.

Puis, nous rapporterons, avec l'observation de MM. Lereboullet et Mouzon, qui fait l'objet principal de notre thèse, les observations de M. Dalché, de M. Gandy, de MM. P. Carnot et Dumont qui s'en rapprochent par plusieurs points.

Enfin, nous discuterons l'interprétation des symptômes observés et nous formulerons nos conclusions.

DESCRIPTION

Après un temps plus ou moins long pendant lequel le malade éprouve de la fatigue, des étourdissements, une lassitude telle qu'il est obligé de cesser tout travail, ou bien présente des signes pouvant faire croire à un début de paralysie générale, la barbe devient plus clairsemée et la frigidité sexuelle apparaît : plus de désirs vénériens, plus d'érections, plus d'éjaculations : c'est l'anaphrodisie, l'impuissance complètes. La face se bouffit, devient « poupine », la peau se ride et se flétrit ; aussi bientôt, lorsque la barbe et la moustache auront disparu, on sera fort embarrassé pour donner un âge précis au sujet, qui ressemblera aussi bien, par la plénitude de son visage, à un enfant, que, par la flétrissure de sa peau et ses rides, à une vieille femme. Le malade est devenu frileux et cherche constamment à se réchauffer ; sa voix change, souvent elle devient grêle et infantile, mais peut parfois ressembler à la voix creuse d'un ventriloque.

Pendant ce temps, les organes génitaux régressent : la verge redevient petite et flasque, le gland constamment recouvert d'un long prépuce infantile. Les testicules, doués à l'état normal d'une sensibilité si spéciale à la pression, deviennent insensibles, mous,

lisses, petits, leur volume pouvant être celui d'une petite noix, d'une olive ou d'un haricot. Certaines parties des téguments, normalement colorées, prennent, comme tout le reste du corps, une teinte blême. Les réflexes de la région péri-génitale s'émoussent ou disparaissent. En même temps, les poils du pubis, les poils du scrotum, les poils de la région sternale, les poils des aisselles, les poils des membres, la barbe, la moustache, les sourcils ont presque complètement disparu. Il ne reste que par-ci par-là quelques très rares et grêles vestiges du système pileux, et devant un tel sujet on est bien loin du fameux *vir pilosus*, *vir fortis*, *vir libidinosus* ! Seuls les cheveux et quelques cils sont cependant respectés ; la chevelure reste assez abondante et broussailleuse.

Le malade se plaint par moments de troubles passagers de la vue et de céphalée intense.

Chez la femme on note en outre la suppression complète des règles.

En outre, M. Gandy note que les malades sont, en général, en proie à une soif intense ; ils boivent énormément, ils urinent de même (leurs urines étant de qualité normale).

Comme on le voit, l'infantilisme tardif de l'adulte se différencie nettement, d'une part, du « syndrome adiposo-génital » de Babinski-Frœlich par l'absence d'adiposité, d'autre part du « Myxœdème » par la prédominance de l'atrophie génitale et de la frigidity sexuelle, et par l'état des téguments qui, au lieu

de présenter de l'infiltration mucoïde du derme, avec épaissement pachydermique de la peau, conservent leur souplesse. De plus, on n'observe pas non plus chez les sujets atteints de l'infantilisme tardif, cet état de crétinisme si fréquent chez les myxœdémateux.

ÉTIOLOGIE

M. Gandy attribue le syndrome qu'il a décrit à l'insuffisance thyroïdienne. Il admet, d'ailleurs, que d'autres glandes à sécrétion interne puissent intervenir à titre accessoire. « Il n'est pas douteux, dit-il, « qu'il puisse y avoir un retentissement réciproque « de la *dysthyroïdie* et de la dysorchidie l'une sur « l'autre. On peut même aller plus loin et admettre « que d'autres glandes à sécrétion interne telles que « la pituitaire peuvent, comme on le voit dans cer- « tains cas (acromégalie et atrophie testiculaire), « entrer en ligne de compte dans la genèse des « troubles dystrophiques, il devient ainsi bien diffi- « cile d'établir quelle part revient à chacune de ces « glandes dans l'ensemble des manifestations patho- « logiques ». Il trouve argument non seulement dans le syndrome myxœdémateux qu'il lui voit souvent associé, mais aussi dans les résultats de l'opothérapie thyroïdienne qui améliore ces malades d'une manière constante et importante. Ces éléments, joints à l'absence de lésions du testicule (Apert), lui permet d'écarter le rôle primitif de l'atteinte des glandes génitales (Ancel et Bouin, J. Dupré).

M. Claude, avec ses élèves Gougerot et Sourdel, se refuse à admettre l'influence prépondérante d'une seule glande à sécrétion interne dans l'Infantilisme tardif de l'adulte, et il range les observations de M. Gandy d'Infantilisme réversif, dans un de ses types de syndromes pluriglandulaires.

De même que l'arrêt de développement sexuel de l'Infantilisme pur chez l'enfant, apparaît maintenant comme fréquemment lié à un trouble primitif de la fonction hypophysaire (Souques et St. Chauvet) de même la régression du développement sexuel chez l'adulte peut être lié à la même lésion.

Etudiant depuis plusieurs années, en collaboration avec M. Mouzon, l'infantilisme tardif de l'adulte, M. Lereboullet insiste tout particulièrement sur la « dyshypophysie » à laquelle serait due cette particularité clinique.

En dehors de la céphalée parfois intense et des troubles oculaires passagers qu'accusent ces malades et qui attirent l'attention du côté de lésions pouvant siéger dans la région de la base du crâne, on retrouve des symptômes de lésions hypophysaires tels que le diabète insipide, et la radiographie a permis dans l'observation de MM. Lereboullet et Mouzon de constater des lésions des parties osseuses logeant l'hypophyse.

Au cours des études faites sur l'*infantilisme*, le rhumatisme, la grippe, l'érysipèle, la rougeole, la scarlatine, la variole, la diphtérie, les affections du foie, les affections des reins, le paludisme, la tuber-

culose, la syphilis ont été tour à tour incriminés comme responsables des désordres observés.

En ce qui concerne l'infantilisme tardif de l'adulte nous nous arrêterons, dans les observations qui vont suivre, à ses rapports avec la syphilis et les lésions que celle ci peut provoquer dans le massif osseux cranio-facial entraînant ainsi la compression ou la destruction partielle de l'hypophyse par sa face inférieure.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

(MM. Lereboullet et Mouzon).

Il s'agit d'un homme de quarante-sept ans, actuellement réformé, qui a été déjà présenté à la Société Médicale des Hôpitaux (14 mai 1915), par MM. Butte et Halbron et que nous avons suivi depuis à la Salpêtrière et à l'Hôtel-Dieu.

Bien portant jusqu'en 1892, il a contracté à ce moment blennorrhagie, chancres mous et *syphilis*. Soigné par le traitement ioduré et mercuriel, après l'apparition de la roséole et des plaques muqueuses, il se marie en 1894. Sa femme qui paraît avoir été contaminée n'a jamais eu de grossesse. En 1901, apparaissent des *troubles nerveux graves* : affaiblissement de la mémoire, idées mélancoliques, impulsions au suicide et à l'homicide, par moments tendance au gâtisme ; en outre strabisme très marqué et diplopie.

Le médecin qui le soignait à cette époque et lui faisait des injections mercurielles crut à de la *paralysie générale*.

C'est à ce moment que commencèrent à se manifester les signes d'infantilisme réversif. Les moustaches commencèrent à s'éclaircir jusqu'à disparaître presque complètement. Les poils du pubis disparurent en même temps que ceux des

aisselles. Les traits s'empâtèrent peu à peu, la physionomie devint raide et bouffie. Mais ces modifications ne se firent que peu à peu. En même temps la puissance génitale diminua puis disparut, les rapports conjugaux devinrent de plus en plus exceptionnels par frigidité et *impuissance*. Le malade relate actuellement volontiers cette transformation graduelle qui fit de lui en quelques années un infantile.

Les troubles mentaux, marqués en 1901 et qui persistèrent jusqu'en 1905, disparurent alors pour lui laisser une activité cérébrale suffisante aux occupations qu'il reprit à cette époque. Mais ce qui persista, outre les *modifications morphologiques* qui ont fait de lui un infantile avec système pileux atrophié, dont MM. Butte et Halbron ont très exactement décrit l'apparence physique, ce sont les *modifications du caractère et de l'intellect* qui'en font, elles aussi, un véritable enfant, sans volonté, timoré, qu'il faut sans cesse surveiller et diriger, malgré une intelligence relativement assez développée et une mémoire passable.

Or, au moment où apparaissent les premiers signes mentaux pris pour un début de paralysie générale, se manifestèrent des signes de *diabète insipide* : il buvait très abondamment, par soupières, dit-il, 15 à 16 litres par jour et urinait à peu près autant, sans que ses urines contiennent de sucre. Ce diabète insipide fut temporaire, quinze jours à peine, mais depuis il a toujours continué à uriner abondamment, 2 à 3 litres par jour, et à avoir habituellement soif. Le diabète insipide reste au moins à l'état d'ébauche.

Enfin, en même temps que ces troubles, il présenta en 1901 et en 1902 des *altérations nasales* qui nécessitèrent en 1902 une opération et qu'un examen récent, fait par

Mlle Denniel, montre caractérisées par des lésions syphilitiques ayant entraîné une large perforation de la cloison avec ozène consécutif.

Lorsque nous l'avons examiné il présentait un ensemble de manifestations dystrophiques justifiant le diagnostic d'*infantilisme réversif* : impuissance génitale complète, avec disparition de toute érection et de tout désir sexuel, avec atrophie de la verge, mais sans atrophie testiculaire ; absence complète de la barbe, des poils de la poitrine, des aisselles, des membres, presque complète des sourcils, des poils du pubis, moustache extrêmement réduite contrastant avec celle que montrent les photographies anciennes ; facies empâté, jaune, ridé, flétri, de vieille femme ; tégument très légèrement infiltré, sans ichtyose, voix rauque, désagréable de ventriloque ou d'adolescent qui mue ; émotivité extrême, irritabilité, puérilisme, tendance hypocondriaque, sans gros déficit de mémoire générale, frilosité extrême surtout nocturne avec bouffées de chaleur et crises de sudation ; grand besoin de sommeil ; température centrale plutôt abaissée, pouls instable, tension artérielle basse. L'examen des urines pratiqué le 7 décembre 1916 a donné les résultats suivants :

Quantité d'urine émise en vingt-quatre heures : 1.850 centimètres cubes.

Chlorures :	par litre.....	7,31
	par 24 heures..	13,52
Phosphates :	par litre.....	0,70
	par 24 heures..	1,09
Urée :	par litre.....	7,50
	par 24 heures..	13,87

Une radiographie faite à la Salpêtrière le 30 novembre

1916 par M. Infrôit montre une selle turcique petite, affaissée dans le sens vertical, avec fond surélevé, apophyses clinoides antérieures et apophyses clinoides moyennes déchiquetées, irrégulières, sinus sphénoïdal apparemment élargi. Ces lésions osseuses du plancher de l'hypophyse peuvent être rapprochées des lésions nasales syphilitiques signalées plus haut et dont elles sont vraisemblablement contemporaines.

De temps à autre notre malade suivit un traitement hypophysaire qui semblait amener quelque peu d'amélioration de son état : diminution de la soif et de la quantité d'urines émise en vingt-quatre heures, diminution de la céphalée, des bouffées de chaleur et de la frilosité.

Actuellement le facies de G... est très amélioré. Les sourcils sont toujours très rares, mais la barbe aurait tendance à reparaitre, le malade déclarant en effet, qu'il se rase maintenant tous les huit jours. Il est toujours très frileux et l'impuissance génitale est toujours complète ; le sommeil est très bon, il dort bien, mange bien et va à la selle très régulièrement. Malgré une céphalée et des douleurs dans les membres dont il se plaint parfois, son état général est assez satisfaisant. Il nous rapportait que tout dernièrement ayant assisté au mariage d'un ami il se sentait si bien en train qu'il y a même dansé.

Il y a quelque temps, en lisant le journal il s'est aperçu que sa vue se brouillait pendant quelques minutes puis tout était redevenu normal. De l'examen qui vient d'être fait à Laënnec il résulte que :

1° L'acuité visuelle, le champ visuel, le fond d'œil sont normaux ;

2° Les pupilles un peu miotiques, non circulaires, se dilatent incomplètement et se contractent d'une façon un peu insuffisante et inégale suivant les segments.

OBSERVATION II

(M. Gandy, Soc. méd. Hôp., 7 décembre 1906).

B... Camille, quarante-six ans, employé, habitant Saint-Ouen, est un malade que j'ai eu l'occasion de voir à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. Dieulafoy.

Son facies est tout particulier ; et n'était l'aspect un peu flétri des téguments de son visage, sa moustache d'apparence naissante le ferait considérer comme infiniment plus jeune qu'il ne l'est.

Histoire de la maladie. — Elle est très complexe aussi, et de cette longue série d'incidents, certains ne peuvent plus être présents à la mémoire du malade.

Rien de spécial dans ses antécédents héréditaires.

Dans l'enfance, coqueluche, rougeole à deux reprises, blépharo-conjonctivite tenace.

De 1881 à 1885, il fait quatre ans de service militaire ; il mesure à la révision 1 m. 63. En 1890, à trente ans, il se marie une première fois. « Il remplit ses devoirs dans une large mesure » ; d'ailleurs il n'en était pas à ses premiers essais ; il était même, dit-il, « très porté » sur ce chapitre. Sa femme meurt de tuberculose moins d'un an après. En 1892, il se remarie et jusque vers 1896 il continue à non moins bien s'acquitter de ses devoirs. De ses deux mariages il n'a pas eu d'enfants. A cet âge, à trente-deux et trente-trois ans, il était fort et solide, dit-il, il avait une chevelure fournie, bou-

clée, une moustache développée ; il porta même longtemps la barbe longue, descendant sur la poitrine ; on le disait (c'est sa belle-sœur qui parle) « très bel homme ». Une photographie que je présente à la Société, faite peu après, à trente-quatre ans, contribue du moins à affirmer la virilité de ses traits.

En dehors d'un premier érysipèle en 1885, consécutif à l'auto-avulsion malheureuse d'une molaire ayant déterminé d'une part un abcès sous-maxillaire droit, il n'avait eu aucune maladie sérieuse jusqu'en 1893 ; jamais d'oreillons en particulier.

C'est à partir de 1893 que vont se manifester, outre des *érysipèles à répétition*, d'une part, des accidents relevant d'une *sypilis* dont la porte d'entrée reste ignorée, d'autre part, des signes qui constituent une ébauche de myxoedème et le conduisent à cet état particulier d'infantilisme sexuel sous lequel il se présente aujourd'hui encore, enfin des symptômes attribués à une néphrite.

Les érysipèles qui se succèdent de 1893 à 1898 surviennent l'un à la suite d'une plaie de la tête, les autres au cours de certaines lésions nasales dont nous allons parler.

Vers le milieu de 1893 se produit un accident bizarre auquel le malade et son entourage — non sans raison peut-être — attribuent la cause de ses maux ultérieurs. Employé alors à la gare des Batignolles, il fait un jour une assez longue course portant, appuyé sur la tête nue, un tonneau contenant une substance caustique ; « une brûlure » en résulte (dont on voit encore la trace sous forme d'une cicatrice blanche arrondie) sur le cuir chevelu à quelques centimètres en arrière de la limite frontale des cheveux ; cette

lésion se cicatrisa mal, donna lieu à la production d'une sorte de bourgeon charnu (?), à une sécrétion d'aspect purulent ; tout cela pendant un certain temps ; bref, elle eut une évolution assez singulière. Elle fut de plus le point de départ d'un nouvel érysipèle.

Peu après cet accident, certains troubles survinrent : fatigue, étourdissements, chute, passagère cette fois, de la barbe qui devient clairsemée, des cheveux « qui tombent partout par places ». Puis, sur la fin de 1893, c'est une laryngite qui apparaît alors que notre homme fait des veilles de nuit à la gare durant l'hiver. Ces accidents parurent sans doute suspects et la compagnie congédia notre malade...

Si je signale cette plaie de tête avec ses allures particulières c'est qu'elle a pu servir de porte d'entrée à une contamination syphilitique dont l'existence chez notre malade va se révéler désormais par des manifestations indubitables, contamination dont la trace ne peut être retrouvée dans le passé ni du côté des organes génitaux, ni du côté des lèvres, amygdales, etc., chez un homme qui s'est bien observé.

Dès le début de 1894, la laryngite reparait ; bientôt, l'aphonie devient complète et depuis lors elle a persisté, continue ou presque. Puis en 1896, la céphalée est presque continuelle. Des chapelets de ganglions sus-claviculaires paraissent pendant quelque temps. Enfin en 1894 sans autres signes, assure le malade, qu'un écoulement nasal épais, rappelant celui du coryza et ne durant guère qu'une quinzaine au cours d'un nouvel érysipèle, *le nez s'effondre* du jour au lendemain, et désormais va persister la déformation qui se voit aujourd'hui.

Tandis qu'évoluent cette laryngite puis cette rhinite syphi-

litiques dont la nature reste ignorée et qui ne sont l'objet d'aucun traitement, des symptômes d'un autre ordre se manifestent.

En mars 1896, à l'âge de trente-six ans, le malade est en proie à une soif intense telle qu'il doit boire environ 7 litres de liquide par jour, avec polyurie du taux de 6 à 7 litres également; il n'y a cependant ni sucre, ni albumine; polyolypsie et polyurie durent six semaines pour ne plus reparaitre. A ce moment aussi il a des vomissements qui persistent plusieurs mois; il se sent très affaibli. C'est à cette époque que les forces génésiques commencent à décliner.

A partir de 1897, après l'érysipèle et la déformation nasale, les signes se précisent. La moustache, la barbe et tous les autres poils du corps, sauf les cheveux, tombent, disparaissent à peu près totalement. Les *forces génésiques* sont *anéanties* complètement et définitivement: il n'y a plus désormais ni appétence sexuelle, ni érection, etc... Les organes génitaux, les *testicules* en particulier *s'atrophient* peu à peu, sans qu'il y ait à aucun moment tuméfaction ou douleur rappelant le processus de l'orchite. L'*affaiblissement*, la lassitude s'accroissent au point de rendre impossible tout travail. Cependant, il a la « figure remplie », arrondie, un « double-menton » et on le félicite de sa « bonne mine ». Cette *bouffissure* particulière de la face, laquelle porte aussi sur les mains et les pieds, *persiste environ un an*. Il ne semble pas exister, d'autre part, de modifications psychiques appréciables.

En février et mars 1898, séjour à Bichat dans le service de M. Lacombe. La face, surtout les paupières, les mains, les membres inférieurs, sont oedématisés; à ce moment il est sensible au froid, il a un peu d'oppression; on trouve, nous

dit-il (ce fut la seule fois) de l'albuminurie, on fait le diagnostic de néphrite et on le met au régime lacté. Etant ensuite à Vincennes, il se rappelle que « le corps est encore gros ».

Plus tard, cette bouffissure ou ces œdèmes ont peu à peu régressé et depuis 1898 aucun incident notable n'est survenu ; le malade n'a suivi aucun traitement ni spécifique ni organothérapique et son état depuis lors n'a pas beaucoup varié. Tel il était lorsque je le vis en septembre et octobre 1903 dans le service de M. Dieulafoy, tel il est à peu près aujourd'hui.

Déjà en 1913, sa déformation nasale, son aphonie d'une part, son visage presque imberbe, sa pâleur, ses téguments entièrement glabres offrant une apparence d'infiltration œdémateuse du côté des membres inférieurs, l'atrophie de sa thyroïde et de ses organes génitaux, d'autre part, tout cela avait été noté. En outre de la laryngite et de la rhinite spécifiques, nous avons admis le diagnostic de myxœdème frustre acquis avec état particulier d'infantilisme.

Etat actuel. — Examen le 21 novembre 1906.

Le malade est moins affaibli, moins fatigué que jadis ; il peut faire d'assez longues courses à pied et s'occupe à quelques menus travaux chez lui.

Je signale d'abord, pour n'y plus revenir, tous les stigmates visibles qui relèvent directement de la syphilis.

La déformation nasale est typique ; la base du nez est effondrée, écrasée, la pointe en est légèrement retroussée. L'examen, qu'a eu l'obligeance de pratiquer M. Bellin, révèle que la « région postérieure de la cloison présente une très large perforation due à une destruction complète de toute la partie postérieure du vomer ».

Sur la face dorsale de la langue se voit de petites plaques

opalines, vernissées, de *leucoplasie* : quelques-unes occupent aussi la commissure labiale gauche.

L'aphonie est totale, la parole est continuellement chuchotée. De la note très détaillée qu'a bien voulu me remettre M. Bellin il résulte qu'au laryngoscope, le vestibule laryngé se montre complètement modifié dans son aspect ; il existe de *grosses lésions destructives, cicatricielles, de laryngite syphilitique tertiaire* ancienne qui, des deux côtés, ont touché bandes ventriculaires, ventricules et cordes vocales.

Les deux pupilles réagissent très faiblement à la lumière.

On ne retrouve en aucune région nulle trace de pléiade ganglionnaire ni inguinale, ni sous-maxillaire, ni sous-occipitale, nulle cicatrice suspecte.

Voici, par ailleurs, les signes qui caractérisent l'état pathologique que nous avons particulièrement en vue chez ce malade.

Le facies est bien spécial ; il paraît difficile d'assigner à cet individu un âge exact. La moustache est réduite à une mince bordure de poils bruns, courts, raides ; elle semble un peu plus développée qu'en 1903 ; il n'y a pas trace de favoris. Au menton, quelques poils courts, clairsemés, dessinent, à y regarder de près, l'ébauche d'un fer à cheval. Les sourcils sont très peu fournis et largement distants l'un de l'autre, les cils sont rares. Les cheveux, par contre, sont assez abondants, noirs, un peu longs. Le teint est d'une *pâleur jaunâtre* particulière, rappelant celle du brightisme. Avec son nez écrasé à la base, ses yeux petits, sa moustache naissante et ce teint mat spécial, c'en est assez pour qu'il s'entende traiter de « japonais » par les gamins de la rue.

Le visage n'est actuellement ni bouffi, ni élargi, mais la

peau en est presque partout *sèche, finement plissée*; le front est sillonné de nombreux plis transversaux parallèles, l'angle externe des paupières est le centre de petites rides en éventail : les joues, le cou sont marqués de rides plus ou moins profondes.

Sur tout l'ensemble du corps on retrouve ce teint pâle, jaunâtre. Une sorte d'*infiltration adipeuse légère* recouvre le tronc et les membres, arrondissant leurs contours; au niveau de la ceinture, en avant surtout, elle rappelle l'aspect de la peau d'orange telle qu'on l'observe dans l'adiposité féminine. Les membres inférieurs, les jambes surtout, offrent les apparences d'une légère infiltration œdémateuse; mais les téguments y sont durs, un peu épaissis, secs, résistants à l'empreinte du doigt; il y existe quelques taches pigmentaires sans caractères. Les orteils, pas plus que les doigts, ne sont épaissis. Mais, de même que le visage et le cou, la face dorsale des mains, des doigts et des pieds se montre ridée.

Tout le reste du corps aussi est *entièrement glabre* : aucune trace de poils ni aux aisselles, ni à la région sternale, ni au niveau des aréoles mamelonnaires, ni sur l'abdomen, ni au pubis (à part quelques très rares poils grêles sans couleur), ni au scrotum, ni à la région péri-anale, ni sur les membres.

Les mamelons sont petits, moins saillants; les aréoles pâles, dépigmentées.

Les *organes génitaux* présentent dans leur ensemble une atrophie très marquée. La verge est très réduite; elle a à peine 4 à 5 centimètres de longueur; les corps caverneux n'ont aucune consistance; le prépuce rétréci recouvre son

extrémité d'une façon permanente. Le scrotum est petit. Les testicules ont à peu près les dimensions d'une olive : ils sont très mous, mais réguliers, lisses, sans trace aucune de boscure ou d'induration : la sensibilité à la pression, nulle à droite, est légère à gauche. Le toucher rectal montre que la prostate est aussi légèrement réduite de volume.

Le scrotum est encore pigmenté, ainsi que la région péri-anale, tandis que le pénis a perdu toute coloration particulière.

L'impuissance et la frigidité sont absolues depuis neuf ans.

Les *réflexes cutanés* de la zone périgénitale : crémastérien, bulbo-caverneux, anal sont abolis. Les réflexes rotuliens sont nuls, les achilléens sont faibles.

Le *corps thyroïde* n'est pas perceptible. Le squelette n'offre pas de modifications particulières. La taille est actuellement de 1 m. 59. La diminution de quelques centimètres par rapport à la taille notée de la révision peut être due à une légère cyphoscoliose cervico-dorsale. Pas de déformations des extrémités, ni des maxillaires. La dentition est en mauvais état.

Aucun trouble sensitif, sensoriel ou psychique. L'intelligence est normale, la mémoire est bonne.

L'appareil circulatoire est normal. Pouls régulier : 80 ; tension artérielle : 18 au sphygmomanomètre Potain. Bruits cardiaques normaux ; en particulier, ni bruit de galop, ni retentissement diastolique aortique. Aucun signe pulmonaire.

Urines de quantité normale. Ni albumine, ni sucre.

OBSERVATION III

(MM. P. Carnot et J. Dumont)

Notre malade est actuellement âgé de trente-six ans. Son développement physique et génital fut normal jusqu'à l'âge de dix-huit ans. Il était alors robuste, actif et plein de virilité.

A dix-huit ans, il fut soigné à l'hôpital Ricord pour une balanite et une urétrite gonococcique et, surtout, pour un *chancre syphilitique de la verge*.

Cet accident primitif fut suivi, l'année suivante, de roséole et d'ulcération anales et buccales qui ne laissent aucun doute sur la nature spécifique de l'infection dont il fut atteint. D'ailleurs, la réaction de Wassermann est actuellement positive dans son sérum, bien que négative dans son liquide céphalo-rachidien. Le malade s'est soigné à peu près régulièrement pendant trois ans, avec des pilules de protoiodure et du sirop de Gibert. En 1897, à vingt et un ans, il fit son service pendant trois ans à Constantine et y contracta des fièvres paludéennes, qui furent enrayées par un traitement quinquique.

En 1900, à vingt-quatre ans, il revient à Paris, et exerce alors, au lieu du métier de garçon de café, le métier de coureur. A cette époque, il avait parfois, dit-il, des douleurs vagues et fugaces dans les membres inférieurs et une soif assez vive. Parallèlement, se développa une certaine polyurie qui dure encore actuellement. Mais, à cet âge, son système pileux était parfaitement développé, ses testicules étaient de volume normal ; ses fonctions sexuelles s'accomplissaient

bien et à la satisfaction de sa maîtresse. Ni dans son aspect, ni dans ses actes, la virilité du malade n'était diminuée.

A vingt-huit ans (en 1904-1905), il eut une orchite blennorragique gauche, légère, dont la durée fut de huit jours et qui ne laissa pas de traces.

C'est à vingt-neuf ans (onze ans après le chancre) que déburent les accidents actuels. La vue commence à baisser et il ressent des maux de tête extrêmement violents. Au bout d'un mois et demi, son acuité visuelle a tellement diminué qu'il ne peut plus travailler, ni sortir sans être accompagné. Bientôt, la cécité est complète. A la fondation Rothschild, où il va consulter, on ne lui aurait constaté, paraît-il, aucune lésion oculaire ; mais on rapporte néanmoins sa cécité à la syphilis et on le soumet à un traitement spécifique. La vue s'améliore rapidement.

Sur ces entrefaites, il est pris, peu à peu, de délire nocturne ; il divague et devient dangereux pour la femme avec qui il vivait. On le conduit alors à l'hôpital Tenon, six à huit mois après le début des troubles oculaires qui s'étaient presque amendés à la suite du traitement mercuriel.

Pendant un mois, il fut soigné salle Gérardo par M. Lanois ; il ne sait les troubles qu'il a présentés à cette époque et en a perdu à peu près complètement conscience. Il croit simplement qu'il souffrait vivement de la tête, qu'il délirait souvent la nuit, qu'enfin sa bouche était déviée à droite et qu'il ne pouvait mastiquer. Sous l'influence du traitement mercuriel (pipûres), il s'améliore peu à peu ; sa céphalée disparaît et, au bout de deux mois, il sort de l'hôpital sur sa demande, marchant encore très difficilement avec descannes.

A sa sortie de l'hôpital, le malade reste très faible, asthé-

nique, incapable de travailler. A cette époque, survient rapidement la *chute des poils* au niveau du pubis, des aisselles, de la barbe.

Enfin le sujet constate qu'il est *complètement impuissant*; ses testicules se sont atrophiés rapidement, il n'a plus ni érections ni pertes séminales, malgré tout ce qu'il peut faire pour ramener un peu de virilité. Il commence à grossir, principalement du ventre, qui prend l'aspect féminin. La parole devient lente, traînante. La fatigue survient rapidement et tout travail continu est impossible.

En 1909, un an après, le malade ressent à nouveau des maux de tête et il entre quinze jours dans le service de M. Lamy, où la céphalée disparut sous l'influence des piqûres mercurielles et de l'iodure.

Depuis 1910, il traîne d'hôpital en hôpital; il a fait, notamment, de nombreux séjours dans notre service de l'hôpital Tenon.

Etat actuel. — Le sujet est un homme de 1 m. 69 de haut, actuellement encore bien musclé et d'apparence robuste, mais il n'y a chez lui aucun gigantisme, partiel ou total. Son squelette paraît normal; son bassin est large, rappelant le bassin féminin; d'ailleurs, surtout en raison du pannicule adipeux qui le recouvre, il mesure, d'une épine iliaque à l'autre, 27 centimètres. Le tour de poitrine est de 95 centimètres. Les extrémités des membres ne sont pas hypertrophiées et ont une apparence normale. On ne note rien à l'examen du crâne ou de la face; cependant, la radiographie révélera quelques lésions du massif cranio-facial (élargissement des sinus, épaissement de l'occipital) sur lesquelles nous reviendrons plus loin.

Le sujet est *légèrement adipeux* ; ce début d'obésité est, d'ailleurs, surtout marqué au niveau du tronc et de la racine des membres ; il donne au ventre et au mont de Vénus un aspect féminin ; il est, par contre, presque nul au niveau du cou et de la face, où s'esquisse cependant un double menton, et où on voit de nombreuses rides. La peau est légèrement épaissie, mais non myxœdémateuse. Il pèse 72 kil. 500.

Le sujet a, surtout et avant tout, le *facies eunuchoïde*. Son visage est pâle, cireux, ses traits sont épaissis, flétris et ridés comme ceux d'une vieille femme : il est à peu près imberbe. La barbe est à peu près complètement tombée ; les poils des moustaches sont courts et peu fournis. Seuls, les cils et la chevelure sont restés indemnes, il y a notamment pas de chute de l'extrémité des sourcils (signe d'insuffisance thyroïdienne pour Hertoghe). Il n'y a aucun poil au niveau des membres, des aisselles ou du tronc. Les poils sont rares et courts au niveau du pubis.

L'*examen des organes génitaux* est d'accord avec cet aspect eunuchoïde, en effet, il existe une *atrophie testiculaire double* presque complète. Les testicules ne sont plus représentés que par deux petites masses, de la grosseur d'un haricot, molles, insensibles, sans nodosités ni irrégularités, incapables certainement de fonctions normales. Les épидидymes sont également atrophiés, ainsi que le cordon. La verge est petite, le scrotum rétracté ; au toucher rectal, la prostate n'offre rien de spécial.

L'état d'impuissance du malade, qui ne s'est pas modifié depuis sept ans (époque de ses premiers troubles cérébraux et de sa cécité), l'affecte beaucoup, principalement par comparaison avec l'état antérieur : il a été obligé de quitter sa

maitresse, devenue complètement inutile ; il a essayé successivement une série de produits dont il a lu la réclame aux quatrièmes pages des journaux et ce, sans aucun bénéfice : depuis sa première atteinte, c'est-à-dire depuis sept ans, il n'a eu ni désir, ni érection, ni pollution nocturne, ni possibilité de rapports sexuels.

Psychiquement, le malade présente un type également eunuchnoïde : il est lent dans ses mouvements, indifférent dans ses actes ; sa parole est traînante, son apathie grande : il ne manifeste ni énergie ni volonté ; il prend les événements avec philosophie ou même avec indifférence et ne cherche guère à améliorer sa situation ; il ne cherche même plus à travailler en prétextant de sa rapide asthénie. Au surplus, doux et calme à la façon d'un castrat,

En dehors de ce syndrome eunuchnoïde, le sujet ne présente plus guère de vestiges du syndrome hypophysaire primitif.

La vision, si compromise il y a sept ans et qui ne s'est rétablie que par un traitement spécifique, n'est pas mauvaise actuellement, et notre ami Dupuy-Dutemps, qui a bien voulu examiner les yeux du malade, n'a rien constaté d'anormal.

Les *céphalées* persistent encore de temps à autre, mais moindres depuis quelques mois, n'ayant pas, en tout cas, le caractère violent qu'elles avaient pris il y a quelques années. *L'intelligence* paraît s'être *affaiblie* : tandis qu'autrefois il apprenait aussi facilement que les camarades et qu'il obtint notamment son certificat d'études à onze ans, actuellement il reste somnolent, apathique, comprend mal les explications qu'on lui donne, est incapable de mener une vie active.

Dans ses actes, ses expressions, son jugement, il est mou, lent et puéril.

La *frilosité* est considérable. L'*asthénie* surtout est très marquée. Il n'y a pas de ligne blanche.

La tension artérielle est de 12/7 au Pachon. Le pouls bat entre 70 et 80.

La ponction lombaire, pratiquée en juin 1912, a montré un liquide d'aspect normal, coulant normalement. Il y avait 0,2 élément par millimètre cube à la cellule de Nageotte ; le liquide céphalo-rachidien présentait une réaction de Wassermann négative, bien que la réaction fût positive avec le sang (D^r Levaditi, à l'Institut Pasteur).

Le sang présente une légère anémie :

Globules rouges.....	3.525.000
Globules blancs.....	6.500
Hémoglobine (Tallqvist).....	90 p. 100
Polynucléaires.....	74
Eosinophiles.....	3
Basophiles.....	0,5
Lymphocytes.....	18,5
Grands mononucléaires.....	2
Formes de transition.....	2
Hématoblastes.....	normaux.

Les urines sont abondantes, oscillent entre 2 l. 500 et 4 litres ; cette légère polyurie est en relation avec une certaine polydipsie du malade. Il n'y a ni albumine, ni glucose : par vingt-quatre heures, il y a 21 gr. 92 d'urée ; 2 gr. 36 d'acide phosphorique ; 13 gr. 47 de chlorure ; 1 gramme d'ammoniaque ; 0,51 d'acide urique (analyse de M. Valette, interne en pharmacie du service).

Aucun trouble d'insuffisance digestive. Pas de pigmentation de la peau. Rien du côté des autres appareils.

A noter cependant que le cou est peu développé et qu'il est impossible de sentir le corps thyroïde ; sans qu'on puisse affirmer son atrophie, on peut tout au moins dire qu'il n'est pas considérable.

Radiographies. — Pour nous renseigner avec exactitude sur l'état de l'hypophyse, nous avons fait exécuter deux radiographies du crâne de notre malade ; l'une a été pratiquée en août 1912 par M. Infroit, à la Salpêtrière ; l'autre en juillet 1912 par M. Jaugeas, à l'hôpital Saint-Antoine : ces deux radiographies sont concordantes quant à leurs résultats.

Comme l'indique la belle radiographie du Dr Jaugeas *il n'y a pas d'agrandissement de la selle turcique*, celle-ci ne mesurant que 12 millimètres sur 5 ; il y a par contre, un *léger épaissement des apophyses clinoides postérieures*. Mais surtout, on voit très nettement un *élargissement considérable des sinus frontaux, maxillaires et sphénoïdaux*.

Enfin les os du crâne sont épaissis : l'écaille occipitale, notamment, mesure près d'un centimètre d'épaisseur.

Nous avons, chez ce malade, étudié thérapeutiquement l'action des extraits hypophysaires : leur injection a déterminé des phénomènes assez curieux du côté de la nutrition (urine, urée, etc...) phénomènes sur lesquels nous pensons revenir ultérieurement ; mais elles n'ont amené (ainsi qu'il était vraisemblable) aucune amélioration du côté de l'atrophie testiculaire ou de l'impuissance génitale.

OBSERVATION IV

(M. Paul Dalché.)

Cet homme, âgé de trente-six ans, entra dans mon service, à l'hôpital Tenon au mois de février 1901, se plaignant d'une lassitude générale et d'une faiblesse plus accentuée aux membres inférieurs, qui, depuis plusieurs mois, l'empêchaient de se livrer à tout travail. Il nous montrait au niveau de ses membres inférieurs un gonflement qui s'étendait aux téguments de l'abdomen ; il s'agissait là d'une infiltration assez molle, permettant un peu le plissement de la peau et la formation d'un godet par pression du doigt. La face ronde, bouffie était pâle, avec les muqueuses décolorées et gardait une vague apparence myxœdémateuse. Les bras et le haut du tronc se trouvaient respectés.

De plus, le malade, qui porte un strabisme de l'œil gauche, nous accusait une perte complète de la vision de ce côté. Le Dr Valude, qui a bien voulu l'examiner à ce point de vue, a diagnostiqué une *choroïdite syphilitique*.

Nous remarquions que la barbe, les poils du tronc et du pubis étaient rares, et cet homme nous dit les avoir perdus depuis le début de sa maladie. Si le corps thyroïde a un volume difficile à apprécier, mais à coup sûr nullement augmenté, les organes génitaux sont petits et les testicules en particulier, atrophiés, offrent les caractères des testicules syphilitiques ; le malade, du reste, se plaint d'une impuissance génitale complète depuis plusieurs mois. Il ressentait, lors de son entrée à l'hôpital, quelques douleurs articulaires. Très impressionnable au froid, il présentait fréquemment la

sensation de doigt mort, mais nous n'avons pu constater aucun trouble de la sensibilité; les réflexes conservés ne nous ont jamais paru modifiés.

La parole était lente, l'intelligence faible, les pleurs faciles, les mouvements rares et pleins de nonchalance.

Dès les premiers jours, nous observons une polyurie assez marquée de 4 à 5 litres par vingt-quatre heures. Les urines ne contenaient ni sucre, ni albumine, l'urée et l'acide phosphorique restant en proportions normales. Rien au cœur ni aux poumons; quant au tube digestif, le seul point à signaler est une constipation opiniâtre.

Dans les antécédents héréditaires ou collatéraux, nous ne retrouvons aucune maladie analogue.

Dans les antécédents personnels de notre sujet, nous apprenons qu'à l'âge de vingt ans il aurait eu un chancre syphilitique, suivi de plaques muqueuses qui se sont reproduites depuis, et, vers l'âge de trente ans, il nous signale une orchite. La maladie actuelle a débuté il y a six ans environ, marchant d'une façon lente, et elle a évolué progressivement jusqu'au mois de février dernier. Elle semble avoir commencé par une sensation de faiblesse générale, le gonflement des membres inférieurs, de l'abdomen et de la face ne s'est montré que peu à peu.

Le malade est sorti de l'hôpital le 6 septembre 1901, se croyant assez guéri pour recommencer à travailler. Mais dès la fin de décembre « il se voit de nouveau gonfler petit à petit », ses forces diminuent et il entre dans un service où on le soumet à l'iodure de potassium et à des injections sous-cutanées de benzoate de mercure. Il n'éprouve aucun soula-

gement, est obligé de sortir à la fin de mars et revient dans mon service le 7 avril dernier.

Son état est alors à peu près celui que j'ai constaté il y a un an, mais je suis frappé par quelques manifestations qui se sont accentuées ou qui n'existaient pas à mon premier examen. Je me bornerai à signaler, sur l'œdème des membres inférieurs, une poussée de taches purpuriques qui ont disparu assez rapidement.

Mais je trouve beaucoup plus marquée, une déviation de la colonne vertébrale, caractérisée par une légère cyphose avec un certain degré de scoliose; il en résulte que cet homme, surtout lorsqu'il est assis, garde une attitude courbée en avant, la tête penchée, qui achève de lui donner un aspect particulier.

De plus, les *pieds* ont notablement *augmenté* de volume; ce développement anormal porte surtout sur le diamètre transversal, au niveau de l'insertion des doigts sur la région métatarsienne. Le malade dit lui-même qu'il s'est vu forcé d'augmenter la pointure de ses souliers. Lorsqu'il est couché, on remarque plus facilement que les orteils restent en extension forcée sur les pieds et qu'il y a une tendance à l'équin. L'année dernière j'avais déjà noté des douleurs articulaires.

Ces modifications du système osseux au cours d'une dystrophie orchidienne me semblent intéressantes puisque plusieurs auteurs pensent que l'acromégalie pourrait bien être en rapport avec des lésions des organes génitaux ou tout au moins avec des perturbations des fonctions génitales (Marro, Tamburini, Tanzé). Quant à la déviation de la colonne vertébrale, il me suffira de rappeler sa fréquence à l'époque de la puberté, alors que l'on invoque pour une part, il est vrai,

mais non exclusivement, les attitudes vicieuses, et aussi les changements qui conviennent dans la sphère génitale, avec les influences nouvelles que vont exercer sur l'organisme les sécrétions internes de l'ovaire ou du testicule.

Dans ces quatre observations, nous voyons l'Infantilisme tardif de l'adulte s'installer à la suite de symptômes cérébraux consistant en céphalée, troubles délirants pouvant simuler la paralysie générale, souvent accompagnés de troubles oculaires (mais non d'altération du champ visuel), de polyurie et de polydipsie.

Dans deux cas, ces symptômes auraient été précédés d'effondrement des os du nez lié à des lésions syphilitiques certaines. Dans l'observation II on note en outre, trois ans auparavant, une lésion ulcéreuse crânienne tenace et de nature suspecte. La ponction lombaire pratiquée dans les observations I et III reste, en dehors de toute période évolutive, négative. Mais la radioscopie faite dans les observations I et III a montré des lésions osseuses basilaires, touchant particulièrement la lame quadrilatère, et de plus, dans l'observation III quelques stigmates propres au crâne acromégale.

Enfin, dans l'observation IV nous notons des symptômes acromégaliques apparus secondairement.

L'absence de modifications du liquide céphalo-rachidien n'est pas pour nous surprendre dans des lésions qui n'intéressent l'hypophyse que par voie osseuse, à distance des espaces arachnoïdiens. Il en

est de même de l'absence des modifications du champ visuel et de l'atrophie optique, symptômes auxquels on attache généralement une valeur si grande à l'heure actuelle dans le diagnostic des lésions hypophysaires. Rien n'est plus naturel que l'absence de toute compression du chiasma dans une lésion hypophysaire liée à une altération de la lame quadrilatère ; ces deux éléments anatomiques sont en effet séparés l'un de l'autre par toute la largeur de la selle turcique.

La coexistence du syndrome encéphalique, du diabète insipide (étant donné la fréquence aujourd'hui bien établie de son origine pituitaire) et des altérations radiologiques de la selle turcique paraît suffisante pour permettre de reconnaître dans les 4 observations de syphilitiques, rapportées précédemment, une origine hypophysaire à l'Infantilisme tardif, comme le montrent MM. Lereboullet et Mouzon à propos de notre premier malade.

Les lésions signalées par la radiographie dans le massif cranio-facial, l'absence de modification du liquide céphalo-rachidien et du champ visuel permettent d'admettre que l'influence de la syphilis sur l'hypophyse s'est exercée dans ces cas par l'intermédiaire des lésions osseuses de la base du crâne.

La coexistence en pareil cas de paralysie oculomotrice, comme dans l'observation I, s'expliquerait par le voisinage de la lame quadrilatère et de la sixième paire au point où elle croise le bord supérieur du rocher.

Entre l'époque de contamination syphilitique et le moment où l'état d'infantilisme tardif est installé au complet, il s'écoule un temps assez variable. Nous notons en effet, environ : huit ans pour l'observation I, quatre ans pour l'observation II, douze ans pour l'observation III, quinze ans pour l'observation IV.

L'ostéo-périostite tertiaire crânienne n'est pas exceptionnelle et ses localisations à la voûte, facilement reconnaissables, ont fait l'objet de la part du professeur Dieulafoy de leçons cliniques restées célèbres ; les localisations aux régions latérales de la base donnent lieu à des paralysies des nerfs crâniens et parfois même à des compressions cérébrales avec lesquelles les neurologistes ont appris à compter.

L'Infantilisme tardif de l'adulte d'origine hypophysaire peut être considéré comme une conséquence de cette ostéite syphilitique lorsqu'elle frappe la partie médiane de l'étage moyen.

CONCLUSIONS

1° L' « infantilisme tardif de l'adulte » (« infantilisme régressif », « infantilisme réversif », « impubérisme régressif »), en dehors de toute adipose permettant d'évoquer le syndrome Babinski-Froelich, et en dehors de toute infiltration mucoïde des téguments rappelant le myxœdème typique, peut se constituer à la suite d'un syndrome qui permet de reconnaître son origine première dans une lésion de l'hypophyse (céphalée, polyurie, troubles visuels transitoires, altérations radiologiques de la selle turcique et des sinus).

2° Le syndrome d' « infantilisme tardif de l'adulte » d'origine hypophysaire peut être dû à la syphilis par suite d'altérations osseuses de la base du crâne retentissant sur l'hypophyse. Il peut s'accompagner d'autres lésions syphilitiques du massif cranio-facial et laisser des altérations de la selle turcique et de la lame quadrilatère, visibles à la radiographie. Le processus anatomique est vraisemblablement alors un processus d'ostéo-périostite endocranienne localisée sur l'étage moyen de la base.

Le Président de la thèse,
P. CARNOT

Le Doyen
ROGER

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
Pour le vice-recteur,
L'Inspecteur de l'Académie :
CROUZET

BIBLIOGRAPHIE

- Brissaud et Bauer.* — Un cas d'« infantilisme réversif » avec autopsie (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 17 janvier 1907).
- Butte et Halbron.* — Insuffisance pluriglandulaire à type d'eunuchisme (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 20 mai 1915).
- Carnot et Dumont.* — Syndrome hypophyso-génital d'origine syphilitique (Bulletin de la Société Médicale des Hôpitaux, 8 novembre 1912).
- Déseglise.* — L'infantilisme tardif de l'adulte. Thèse, Paris, 1907.
- Gandy (Ch.).* — Infantilisme reversif de l'adulte (Bull. Soc. Méd. Hôp., 7 décembre 1906).
- Infantilisme tardif de l'adulte (Soc. Méd. Hôp., 10 mai 1907).
- Goudal.* — Contribution à l'étude du syndrome adiposo-génital d'origine hypophysaire chez l'adulte. Thèse, Paris, 1919.
- Hertoghe.* — Nouvelles recherches sur l'infantilisme (Bulletin de l'Académie royale de médecine de Belgique, 1897).
- Lereboullet.* — Diabète insipide et hypophyse (Annales de la Faculté de Médecine de Montévideo, décembre 1917).
- Lereboullet et Mouzon.* — Infantilisme hypophysaire et hérédo-syphilis (Bull. Soc. Neurologie, juillet 1917).
- Lereboullet et Hutinel (Jean).* — Deux cas de syndrome adi-

poso génital de l'adulte d'origine hypophysaire
(Bull. Soc. Méd. Hôp., 25 juillet 1919).

Dalché. — Pseudo-myxœdème syphilitique (Bull. Soc. méd.
Hôp., 7 juin 1901 et 23 mai 1902.

Meige. — Nouvelles iconographiques de la Salpêtrière, 1895.

Sourdel. — Syndromes pluriglandulaires. Thèse, Paris, 1912.

Stephen Chauvet. — Infantilisme hypophysaire. Thèse,
Paris, 1914.

Toupet. — Chirurgie de l'hypophyse. Thèse, Paris, 1911.

Imprim. de la Faculté de Médecine, 15, rue Racine, Paris. — 4453-20

